

精神疾病嚴重病人基本資料暨通報表

- 保護人通報
嚴重病人通報
申請強制住院
申請延長強制住院

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	出生日期	年 月 日
身分證統一編號 (或護照號碼)					
診斷及 ICD-9CM編碼	<input type="checkbox"/> 290 失智症 <input type="checkbox"/> 294 器質性精神病 <input type="checkbox"/> 295 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 296 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 297 妄想症 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請註明編碼及診斷)				
國籍別	<input type="checkbox"/> 1. 本國籍 <input type="checkbox"/> 2. 無國籍 <input type="checkbox"/> 3. 非本國籍 (請註明國籍別：_____) <input type="checkbox"/> 4. 資料不明				
戶籍地址	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	鄰	
	路 段	巷 弄	號	樓	
住(居)所地址	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	鄰	
	路 段	巷 弄	號	樓	
電 話	戶籍地：		住(居)所：		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 未就學 <input type="checkbox"/> 2. 國小 <input type="checkbox"/> 3. 國中 <input type="checkbox"/> 4. 高中職 <input type="checkbox"/> 5. 專科 <input type="checkbox"/> 6. 大學 <input type="checkbox"/> 7. 研究所 <input type="checkbox"/> 8. 未詳 <input type="checkbox"/> 9. 其他				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚 (<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 不同住) <input type="checkbox"/> 3. 離婚 (<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 不同住) <input type="checkbox"/> 4. 鰥寡 <input type="checkbox"/> 5. 同居 <input type="checkbox"/> 6. 不詳				
護送就醫機關 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1. 警察機關 <input type="checkbox"/> 2. 消防機關 <input type="checkbox"/> 3. 衛生機關 <input type="checkbox"/> 4. 社政機關 <input type="checkbox"/> 5. 醫療機構 <input type="checkbox"/> 6. 精神復健機構 <input type="checkbox"/> 7. 社會福利機構 <input type="checkbox"/> 8. 其他：_____				
陪同就醫人員 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1. 監 護 人 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 2. 法定代理人 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 3. 配 偶 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 4. 父 母 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 5. 家 屬 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 6. 朋 友 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 7. 村 里 鄰 長 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 8. 路 人 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 9. 其 他 姓名：		聯絡電話：		
	<input type="checkbox"/> 10. 無 姓名：				
保護人	<input type="checkbox"/> 1. 已選定 (檢附願任同意書)，保護人姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 與病人關係：_____ 地址：_____ <input type="checkbox"/> 2. 尚未選定，待地方主管機關選定。				
醫療機構名稱	醫療機構代碼	通報時間	年 月 日 時 分		
聯絡人及聯絡方式	姓名：_____ 職稱：_____		電話：_____		